

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N° 316

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Aristide Jean THOBIE

Né le 10 mars 1915, à Kouang Tchéou Wann,  
Province de Port-Bayard (Chine)

11 NOV 1942

Présentée et soutenue publiquement le ..... 194

ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL  
PERFORÉ BOUCHÉ

Président : M. CADENAT, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques  
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1942



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Nom du Candidat : **THOBIE.**

Prénoms : **Aristide Jean.**

---

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

1

**THOBIE (Aristide Jean).** —  
Etude clinique de l'ulcère gastro-  
duodénal perforé bouché. — *Paris*,  
Maloine, édit., 1942, in-8°, 48 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1942,  
N°.....)

2

**THOBIE (Aristide Jean).** —  
Etude clinique de l'ulcère gastro-  
duodénal perforé bouché. — *Paris*,  
Maloine, édit., 1942, in-8°, 48 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1942,  
N°.....)

3

**THOBIE (Aristide Jean).** —  
Etude clinique de l'ulcère gastro-  
duodénal perforé bouché. — *Paris*,  
Maloine, édit., 1942, in-8°, 48 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1942,  
N°.....)

4

**THOBIE (Aristide Jean).** —  
Etude clinique de l'ulcère gastro-  
duodénal perforé bouché. — *Paris*,  
Maloine, édit., 1942, in-8°, 48 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1942,  
N°.....)



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Aristide Jean THOBIE

Né le 10 mars 1915, à Kouang Tchéou Wann,  
Province de Port-Bayard (Chine)

*Présentée et soutenue publiquement le ..... 194*

ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

PERFORÉ BOUCHÉ

*Président : M. CADENAT, Professeur.*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques  
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1942

# LE DOYEN... BAUDOUIN

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIÈRE.         |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                          | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                            | GASTINEL.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                      | N...              |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | QUÉNU.            |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.           |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                            | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | TANON.            |
| Médecine légale .....                                          | DUVOIR.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | N...              |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | Henri BENARD.     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.           |
|                                                                | ABRAMI.           |
|                                                                | FIESSINGER.       |
|                                                                | HARVIER.          |
|                                                                | PASTEUR-VALLERY-  |
|                                                                | RADOT.            |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | CATHALA.          |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | Robert DEBRÉ.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.         |
|                                                                | CADENAT.          |
|                                                                | GOSSET.           |
|                                                                | LENORMANT.        |
|                                                                | MONDOR.           |
|                                                                | VELTER.           |
|                                                                | CHEVASSU.         |
|                                                                | COUVELAIRE.       |
|                                                                | LÉVY-SOLAL.       |
|                                                                | PORTES.           |
|                                                                | MOCQUOT.          |
|                                                                | LEVEUF.           |
|                                                                | LOEPER.           |
|                                                                | LEMAITRE.         |
|                                                                | BROCC.            |
|                                                                | M. VILLARET.      |
|                                                                | TROISIER.         |
|                                                                | MATHIEU.          |
|                                                                | DONZELOT.         |
|                                                                | Clovis VINCENT.   |
|                                                                | N...              |
|                                                                | DOGNON.           |
|                                                                | GIROUD.           |
|                                                                | HAZARD.           |
|                                                                | JAYLE.            |
|                                                                | JOANNON.          |
|                                                                | OLIVIER.          |
|                                                                | VERNE.            |
| Professeurs sans chaire .....                                  |                   |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
BARIÉTY..... Pathologie médicale.  
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.  
BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
BONNET ..... Bactériologie.  
BOULIN..... Pathologie médicale.  
BROUET..... Pathologie médicale.  
BULLIARD.... Histologie.  
CACHERA..... Pathologie médicale.  
CORDIER..... Anatomie.  
COSTE..... Pathologie médicale.  
COUVELAIRE (Roger). Urologie.  
DELARUE ..... Anatomie pathologique.  
DELAY ..... Pathologie médicale.  
DEGREZ (H.)... Physique.  
DESOILLE..... Médecine légale.  
DIGONNET .... Obstétrique.  
DOGNON ..... Physique.  
FEVRE ..... Pathologie chirurgicale.  
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-  
cale.  
GALLIARD .... Parasitologie.  
GARCIN..... Pathologie médicale.  
M<sup>lle</sup> GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-  
thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.  
HAGUENAU... Pathologie médicale.  
LACOMME..... Obstétrique.  
LANTUÉJOL. Obstétrique.  
LAVIER ..... Parasitologie.  
LELONG..... Pathologie médicale.  
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
LENÈGRE ..... Pathologie médicale.  
M<sup>lle</sup> J. LÉVY ... Pharmacologie.  
MARCHAL .... Pathologie médicale.  
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.  
MOLLARET... Pathologie médicale.  
MOUQUIN..... Pathologie médicale.  
PATEL ..... Pathologie chirurgicale.  
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  
RENARD..... Ophtalmologie.  
RICHET..... Physiologie.  
SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.  
SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  
SOULIE ..... Pathologie médicale.  
SUREAU..... Obstétrique.  
TURPIN..... Pathologie médicale.  
WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.  
CHAILLEY-BERT Physiologie.  
GUÉNIOT..... Obstétrique.  
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.  
HUGUENIN ..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.  
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.  
VAUDESCAL.... Obstétrique.

# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.            |                    | MM.          |                        |
|----------------|--------------------|--------------|------------------------|
| ALAJOUANINE... | Clinique médicale. | BASSET ..... | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ .....    |                    | GATELLIER... |                        |
| CHABROL.....   |                    | de GAUDART   |                        |
| CHEVALLIER...  |                    | d'ALLAINES   |                        |
| LAROCHE Guy... |                    | MOULONG UET  |                        |
| LIAN .....     |                    | MOURE .....  |                        |
| MOREAU.....    |                    |              |                        |
| SÉZARY .....   |                    |              |                        |

| MM.         |                        |
|-------------|------------------------|
| ÉCALLE..... | Clinique obstétricale. |
| VIGNES..... |                        |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                        |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Éducation physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....             | Stomatologie.        |
| N. ....                    | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande affection et  
en remerciement des sacrifices qu'ils m'ont  
consentis.*

A MA FEMME

*En gage de mon profond amour.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

*Qui nous a fait l'honneur de présider cette  
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage  
de notre profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

*Inspirateur de cette thèse, il a été aussi un  
Maître dévoué et patient qui nous a guidé  
dans notre travail.*

*Hommage de profonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES  
DE L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE  
ET DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL FRIBOURG-BLANC

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL ATTANÉ

A MESSIEURS LES MÉDECINS COLONELS SABY ET LONGUET

A MESSIEURS LES MÉDECINS COMMANDANTS  
CARROT, CARILLON, TALBOT

A TOUS MES MAÎTRES MILITAIRES ET CIVILS

A MONSIEUR BAIGNEUX

# ÉTUDE CLINIQUE DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL PERFORÉ BOUCHÉ

---

## INTRODUCTION

---

SCHNITZLER, en janvier 1912, prononça pour la première fois le nom de perforation couverte. Actuellement, nous avons préféré le terme d'ulcère perforé bouché. Le terme de couverture, en effet ne signifie pas, à notre avis, qu'il y a eu accollement de deux organes, il nous semble au contraire qu'il permet de penser qu'il existe entre eux un plan de clivage. Un bouchon se soude à l'ulcère ou pénètre dans sa béance. Certains auteurs en effet ont noté des ulcères gastro-duodénaux spontanément bouchés par des particules alimentaires, soit un haricot (CADENAT) ou un caillot sanguin (F. MOUTIER). Qu'il nous soit donc permis d'accepter cette définition au cours de cette étude en laissant de côté le terme de perforation couverte.

Il y a quelques années encore, ils étaient mal connus et découverts seulement à l'intervention ; actuellement, des études et des publications nous ont permis de mettre au point l'étude clinique à laquelle nous joignons quelques observations personnelles recueillies au Val-de-Grâce.

Considérées comme des cas rares et appelées autrefois « perforations subaiguës » par ROBSTON et MOYNIHAN, on s'aperçut de nos jours qu'elles durent être souvent méconnues et confondues avec des perforations en péritoine libre.

Il serait trop long de citer chaque étude faite à ce sujet ; nous mentionnons les noms des auteurs qui nous ont apporté, par leurs communications antérieures, une base de travail digne d'un grand intérêt : AIGNOT, BARTZ, BARTHES, CUENDET, CURTILLET, COSTANTINI, CJANKOVIC, BRAMS, HAMANT, HARVIER, LAURET, MOULONGUET, PASQUIER, KUDLECK, VAUGHAN, SINGER.

---

## ÉTUDE CLINIQUE

---

Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations que nous publions plus loin. Le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal perforé bouché a été posé en face de certains malades ; en face d'autres, au contraire, l'intervention seule permet de constater cette affection. Néanmoins, nous pensons que cette étude pourrait contribuer à établir de façon sûre le diagnostic de cette affection qui, dans tous les cas, est grave.

Si la symptomatologie est pauvre en signes cliniques et si elle revêt deux caractères différents, celui du cas d'urgence que l'on reçoit à la salle de garde au service de porte et celui du malade qui vient en consultation pour troubles dyspeptiques, elle est cependant typique. Dans tous les cas, le diagnostic est possible : il faut surtout y penser quand on se trouve en présence d'un drame abdominal. Elle doit être bien connue, car elle nous permettra de rendre service au malade en lui conseillant avec force l'intervention. En effet, cet ulcère perforé bouché étant avant tout une perforation, reste un danger constant et parfois imminent pour le malade qui en est atteint, car on ne peut savoir s'il y a eu occlusion ou bouchement véritable et on ignore la qualité et la résistance du bouchon. Pouvant à chaque instant de la vie se libérer de celui-ci, l'ulcère redeviendra perforé en péritoine libre avec la succession et la gravité des symptômes de péritonite généralisée amenant à la mort le malade. Au contraire, si le sujet est gastrectomisé partielle-

ment, il n'aura plus à redouter une issue fatale due à cette affection.

Nous croyons utile de diviser l'étude symptomatologique en deux parties qui répondent à la réalité clinique :

I. — Etude du syndrome d'urgence ;

II. — Etude du syndrome de latence.

### I. — Le syndrome d'urgence.

Tous les malades qui sont arrivés à l'hôpital pour cette affection entraient parce qu'ils souffraient de l'abdomen très violemment. Tous les diagnostics d'entrée mentionnent en plus une contracture localisée ou généralisée de l'abdomen. En parcourant les observations, nous lisons en effet : Contracture abdominale généralisée d'apparition subite ce matin. Allégation de douleurs gastriques depuis 15 jours. Douleurs à la palpation de la fosse iliaque droite. Température 37°. Pouls 80. En observation (obs. I) ; ou bien syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ayant débuté hier soir à 22 heures (obs. II) ; ou ulcère pylorique perforé (obs. III) ; ou douleur épigastrique violente apparue brutalement ce matin vers 9 heures, chez un sujet présentant depuis 1 mois des douleurs digestives. Défense généralisée de la paroi. Pas de vomissement. Température 38°. Pouls 74 (obs. IV) ; ou ulcus gastrique ancien. Crise douloureuse violente survenue à 15 h. (obs. V).

Trois symptômes ont dans ce cas une importance primordiale parce qu'ils sont constants et pathognomoniques de cette affection ; ce sont : la douleur, la contracture abdominale localisée, le psychisme du malade. D'autres symptômes sont secondaires.

#### LA DOULEUR.

Il applique ses deux mains sur sa blessure, fléchit sur les genoux, lève la face aux cieux en montrant un visage aux

traits accentués par la douleur, des yeux exorbités, puis roulant à terre agonise. Tel est le combattant blessé à l'abdomen par une balle pendant l'assaut. Notre malade est l'acteur de cette mime qu'avec vérité et talent il joue.

Surpris en plein travail, au cours de ses occupations journalières, il ressent subitement une douleur atroce au niveau de l'hypocondre droit ou de l'épigastre ; plus rarement au niveau de la fosse iliaque. Douleur transfixiante qui irradie vers l'omoplate droite ou le moignon de l'épaule droite, donc différent de la bretelle des hépatiques. Elle se généralise ensuite à tout l'abdomen, puis s'estompe et s'efface en quelques heures. Le malade applique ses deux poings fermés et crispés au creux épigastrique semblant vouloir, par cette pression, empêcher le contenu gastrique ou duodédal de s'échapper dans la cavité péritonéale. Les coudes écartés, la tête enfoncée entre les deux épaules haussées, les mâchoires serrées, les muscles de la mimique figés en un masque de torturé, il sent ses membres inférieurs se dérober sous lui ; ses cuisses fléchissent, ses genoux plient, il tombe à genoux, puis roule à terre, recroquevillé. Il attend sans faire un mouvement que la douleur disparaisse. Il craint qu'en remuant cette douleur ne soit exacerbée.

Ce drame a été vécu par un de nos malades qui nous l'a raconté avec précision. Il se trouvait alors en Kommando (Obs. 7). Isolé par ses occupations de ses camarades, il resta ainsi quatre heures couché à terre et reprit après ce temps son travail, comme si de rien n'était. La douleur avait totalement disparu,

#### LA CONTRACTURE.

Celle-ci apparaît peu de temps après la douleur initiale. Le coup de poignard répond en effet au moment précis de la perforation, au moment où il se produit une solution de continuité entre la cavité stomacale et la cavité péritonéale.

La contracture au contraire n'est que la réaction de défense de la paroi musculaire abdominale, l'extériorisation d'une séreuse choquée. Elle est l'image tangible de l'inflammation péritonéale, mais il lui faut un certain temps pour s'établir.

Cette contracture est localisée. C'est sur ce signe clinique qui nous est révélé par notre propre observation et non par les paroles du malade qu'il faut insister, car il est capital. Cette contracture siège dans l'hypochondre droit ; elle est franche et douloureuse à la palpation : c'est à ce niveau seulement qu'existe le véritable « ventre de bois ». Le reste de l'abdomen, en effet, s'il est résistant à la pression, se laisse déprimer sans réaction douloureuse. Cette contracture s'apprécie à l'inspection, mais pas aussi nettement que dans le cas d'ulcère perforé en péritoine libre. LAURET nous dit que celle-ci se voit nettement chez les sujets musclés et qu'elle ne diffère pas de celle de l'ulcère perforé bouché ; nous ne le croyons pas.

GRUNFELD l'a vu persister à l'anesthésie. Elle siège au niveau de l'hypochondre droit, et ne permet pas la palpation du rebord supérieur du foie. Ses limites sont, en dedans, la ligne ombilico-xyphoïdienne ; en haut, le rebord inférieur des fausses côtes ; en bas, une ligne à concavité supérieure allant de l'ombilic en dedans à l'intersection du bord externe du grand droit et du rebord inférieur des fausses côtes en dehors. Il faut palper avec douceur afin de ne pas dissocier les adhérences qui maintiennent ou forment le bouchon, car, nous dit CJANKOVICK, « Chaque perforation couverte est restée un certain temps ouverte ».

GANDY, dans sa thèse, expliquerait cette contracture comme une défense en faveur d'un péritoine choqué par les gaz ou le liquide. Comme lui, en effet, nous avons noté que lorsque l'intervention révélait peu ou pas de liquide, il existait un sifflement dû à l'échappée rapide des gaz.

Cette contracture régresse rapidement et c'est ce qui

frappe le plus profondément l'observateur. En face d'un drame abdominal à début si brutal et si violent, on voit s'apaiser, s'atténuer, disparaître cette contracture. GRUNFELD rapporte une belle observation notant la disparition précoce des symptômes. Pour notre part, nous avons pu noter 12 heures après le début, une persistance nette de la contracture. Cette atténuation ne nous est guère connue, car très rapidement nous opérions nos malades.

Quant à l'empatement profond dont parlent COSTANTINI et CURTILLET, nous ne pouvons pas l'expliquer. Une fois seulement, nous avons palpé une tuméfaction arrondie de l'hypochondre droit (Obs. V). Nous pensons qu'elle correspond à une poche gazeuse due à l'évacuation des gaz gastroduodénaux, car elle coïncidait avec une sonorité préhépatique.

#### LE PSYCHISME.

« Opérez-moi; je sens bien qu'il y a quelque chose de déchiré », disait un malade de MONDOR. Pour notre part, nous n'avons jamais entendu de telles paroles. Les nôtres, au contraire, marchandent l'opération. Certains prétendent qu'ils peuvent encore attendre, d'autres prennent rendez-vous chez leur radiologue (Obs. V). Notre Maître le Professeur GIRAUD se plaît à dire qu'en face d'une perforation en périltoine libre on ne se laverait pas les mains si l'on écoutait le malade. GANDY cite le cas d'un homme qui venait à Cochin réclamant de lui-même « une opération immédiatement ». Ce contraste qui existe entre les deux cas de perforation a sa valeur diagnostique et jamais cet état d'esprit ne nous a trompés. L'instinct de conservation du sujet, bien qu'il ne craigne pas l'opération, lui souffle peut-être qu'il n'est pas en danger immédiat.

## LES SYMPTÔMES SECONDAIRES

Ces symptômes sont parfois inexistants. Aussi n'ont-ils qu'une valeur diagnostique que lorsqu'ils accompagnent les trois symptômes principaux que nous avons décrits :

1<sup>o</sup> Les vomissements sont rares ; quand ils existent, ils sont aqueux. Cela ne nous étonne pas, car déjà, dans la perforation en péritoine libre, ils n'apparaissent pas constamment (WILLMOTH).

2<sup>o</sup> Généralement, on note un arrêt des matières et des gaz.

3<sup>o</sup> Le pouls et la température suivent la même courbe. Le pouls généralement atteint 80, toujours supérieur à 70. La température oscille autour de 38° et dépasse rarement 38°5.

## II. — Le syndrome de latence.

A côté de ce cas d'urgence, il existe un autre aspect clinique, celui où le malade entre à l'hôpital pour une raison quelconque qui, d'ailleurs, ne correspond pas toujours à un trouble dyspeptique, bien que celui-ci soit très souvent la cause de la consultation.

### L'INTERROGATOIRE.

Il faut bien se mettre en garde contre les malades auxquels il faut arracher l'histoire de la maladie mot par mot, ou bien souvent aussi contre ceux qui, comme beaucoup de dyspeptiques, nous narreront un passé gastrique où les détails sans intérêt feront perdre le fil de l'interrogatoire.

Un fait récent prouve bien qu'il faille insister sur certains détails. Cela se passa au mois de juin de cette année. Après avoir posé au malade trois fois la question : « Ne vous rappelez-vous pas avoir souffert violemment de l'estomac ? », et devant ses négations, je notais cette absence de douleur.

En réalité, il avait avoué la veille au Professeur GIRAUD avoir souffert une fois, brutalement, puis une atténuation était survenue (obs. VIII).

L'interrogatoire révèle la journée gastrique classique de l'ulcère gastro-duodénal. Parmi les antécédents, le signe de perforation bouchée signalé précédemment : la douleur violente, brusque, passagère, qui disparaît en trois ou quatre heures, et la contracture localisée qui aurait pu être constatée par le malade lui-même. C'est parfois aussi à l'occasion d'une nouvelle crise douloureuse abdominale que le malade vient en consultation, et c'est alors le cas d'urgence précédemment décrit.

#### LA DOULEUR.

Elle naît généralement trois à quatre heures après les repas, parfois quatre à cinq heures, suivant que l'ulcère est plus ou moins haut situé. Sensation de brûlure épigastrique à irradiation vers le flanc droit ; pyrosis. Plus rarement ici, on note une irradiation vers le moignon de l'épaule qui se fait au moment de la perforation. Cette douleur est calmée par l'ingestion d'aliments quelconques (obs. VI). Ne cède pas aux médicaments.

#### LES VOMISSEMENTS.

Ceux-ci sont fréquents, acides ; ils surviennent pendant la période douloureuse. Parfois abondants, parfois au contraire le malade ne ressent que des nausées et du pyrosis.

#### RADIOSCOPIE ET RADIOGRAPHIE.

Un signe important radiologique qui confirme la perforation est l'existence du pneumo-péritoine. Personnellement, nous ne l'avons jamais constaté, car tous nos malades sont arrivés à l'hôpital trop longtemps après la perforation.

Beaucoup d'auteurs français et étrangers ont insisté sur

ce signe et l'ont décrit avec une grande précision. BRAMS, COSTANTINI, CURTILLET, HARVIER, KUDLECK, MONDOR, PORCHER ont montré dans leurs publications toute la valeur du pneumo-péritoine, de ce double croissant sous-phrénique, dont la constatation ne peut égarer le clinicien. La période aiguë étant passée, disent-ils, et la pneumatose existant encore, elle signe une perforation ancienne.

#### EXAMENS DE LABORATOIRE.

L'acidité gastrique en HCl libre est augmentée en proportion assez variable ; l'acidité totale l'est aussi, mais moins. Les selles, dans lesquelles la recherche du sang est pratiquée, est positive ou négative. Le malade avoue parfois avoir eu du melæna ou des hématomèses.

---

## ÉVOLUTION

---

Un chirurgien n'a pas le droit de laisser évoluer un tel ulcère. Il doit de toutes ses forces convaincre le malade qu'une intervention est pour lui le seul moyen de supprimer une cause d'accident mortel.

S'il est possible, en effet, de diagnostiquer qu'un sujet est atteint d'ulcère perforé bouché, il n'est pas possible, avant l'intervention, de connaître la nature du bouchon, sa qualité.

Que risque le malade ? La péritonite généralisée si le bouchon cède, ou bien, fait plus heureux, un enkystement. Le premier cas se rencontre parfois d'emblée quand l'estomac est en état de réplétion et que le bouchon cède, ou bien quand celui-ci laisse filtrer le contenu gastrique. Le second cas ne se voit que lorsque l'estomac est à l'état de vacuité relative ou quand le bouchon permet un enkystement, ce qui mène à l'abcédation plus ou moins tardive.

Depuis longtemps déjà (PIQUAUD, 1909, HUSTIN, 1913, LAURET, 1925), on sait que la plupart des abcès sous-phréniques est due aux perforations d'ulcères gastriques et duodénaux. On voit même des abcès à distance par suite d'une obturation complète du trajet primitif reliant l'abcès à l'épanchement enkysté.

LAURET cite le cas de « perforations en deux ou plusieurs temps ». C'est ce que nous citons précédemment en disant qu'un malade a eu parfois une crise douloureuse, une perforation, puis qu'après un laps de temps plus ou moins

long, non douloureux, il arrive en salle de garde au cours d'une seconde perforation.

En résumé, disons qu'une telle affection ne doit pas évoluer seule, même en surveillance chirurgicale ; il faut supprimer cette évolution par l'intervention, car au cours de celle-ci une légère pression sur l'organe adhérent ou un tiraillement de faible importance supprime l'accolement, si bien qu'il est possible de penser qu'un effort pourrait effectuer cette séparation.

### PRONOSTIC

Nous ne pouvons personnellement pas établir de statistique à cause du nombre trop peu important d'observations que nous possédons. En parcourant les publications, nous pensons que certains auteurs ont eu trop tendance à établir des statistiques dans lesquelles entraient, à côté de perforations vraies, des perforations bouchées.

A notre avis, ces perforations évoluent spontanément vers la guérison dans la majorité des cas, mais ce n'est en réalité qu'une fausse guérison.

Un jour ou l'autre, il y aura à nouveau perforation avec, peut-être, péritonite généralisée, car rien ne peut faire prévoir qu'à nouveau elle sera bouchée.

### DIAGNOSTIC

Ce diagnostic, relativement facile à établir quand il s'agit du cas d'urgence, est plus difficile lorsqu'on se trouve en face d'un cas latent.

En urgence en effet, la douleur aiguë et violente entraînant un drame abdominal passager à caractères régressifs, la contracture localisée, la sonorité pré-hépatique due au pneumopéritoine, permettent sans aucun doute d'affirmer

ce diagnostic. Quand, au contraire, le malade vient nous consulter pour un syndrome dyspeptique, il est rare qu'un interrogatoire serré n'entraîne pas l'aveu d'une douleur aiguë, violente et passagère, datant parfois de quelques années. Interrogatoire d'ulcère gastro-duodéal typique, malaises ou douleurs rebelles au traitement médical, voilà les signes qui permettent de rejeter tout autre diagnostic. La douleur irradiant au moignon de l'épaule est un bon signe d'ulcère duodéal : il faut bien faire préciser ce signe au malade, car il pourrait en imposer pour une douleur en bretelle des hépatiques.

Dernièrement, la découverte radiologique du pneumopéritoine permet de faire le diagnostic quelque temps après la perforation ; autrement dit, sa constatation après la période aiguë permet de poser le diagnostic de perforation bouchée.

Cependant, ne soyons pas trop optimistes, car certains auteurs, AIGNOT, COULOMBIER, GIBSON, SINGER, VAUGHAN citent des cas où le diagnostic ne fut établi qu'à l'intervention, soit par la découverte de la perforation, soit aussi par la présence au cours de l'inspection du péritoine de granulations cellulositiques débris de parcelles alimentaires.

La plupart du temps cependant, le sifflement dû au passage rapide de gaz à travers l'orifice, et la présence, même en petite quantité, de liquide intrapéritonéal, permet, au cours de l'intervention, de se diriger vers la région gastro-duodénale quand la laparotomie a ouvert d'abord l'accès à l'appendicectomie.

## TRAITEMENT

Dans tous les cas, nous pensons qu'une intervention précocce est une règle idéale. Certains auteurs autrefois (BONDI, WICKBOM) avaient tendance à surseoir à l'intervention,

d'autres au contraire et récemment, malgré les critiques, ont montré la nécessité du traitement chirurgical précoce (SINGER, VAUGHAN, COSTANTINI, CARNOT, CACHERA, BLOCH, CJANKOVIC).

S'il s'agit d'un cas d'urgence, il ne faut pas marchander cette opération. On peut à la rigueur attendre s'il s'agit d'un cas à début datant d'un jour, à condition d'une surveillance de tous les instants ; mais il vaut mieux opérer.

Quand on se trouve en présence d'abcès, il faut, nous conseille CJANKOVIC, « drainer seulement l'abcès en épargnant rigoureusement la cavité abdominale libre ».

La gastrectomie partielle est de règle avec gastro-entéro-anastomose.

Après une laparotomie médiane sus-ombilicale, on ouvre le péritoine d'où s'échappent des gaz sous pression qui produisent un sifflement, et l'on trouve du liquide en plus ou moins grande abondance.

Les adhérences avec les organes voisins sont rompues avec précautions, car un tiraillement même léger libère les deux organes qui, se trouvant séparés, laissent l'ulcère à nu, et alors suinte ou s'écoule le contenu gastrique.

Les organes qui sont le plus souvent accolés au duodénum sont le foie. Par sa face inférieure, celui-ci vient spontanément s'accoler au niveau de l'ulcère situé soit sur le duodénum, soit sur la partie haute de la face antérieure du versant gastrique du pylore. L'ulcère qui, pendant son état bouché, a continué son évolution, ronge le bouchon, et l'on note alors sur la face inférieure du foie la trace de sa poursuite en avant.

Moins souvent, le pancréas, l'épiploon servent de bouchon aux ulcères. Les statistiques d'ailleurs notent la situation de l'ulcère soit sur la petite courbure prépylorique, soit sur le versant antérieur du duodénum.

Néanmoins, d'autres organes et en particulier la vésicule

biliaire, font l'office de bouchon. Dans une de nos observations, nous avons noté, au cours du compte rendu opératoire (obs. IX), que le Professeur GIRAUD se servit de la vésicule pour l'accoler au niveau de la région ulcérée après avoir suturé l'ulcère ; on termine par une épiplooplastie, et fermeture de la paroi aux fils de bronze.

---

## OBSERVATIONS

---

Obs. I. — Pr. GIRAUD, Val-de-Grâce.

M. Louis, 2<sup>e</sup> cl., 3<sup>o</sup> G. d. M. Entré le 18 avril 1939, sorti le 13 mai 1939. Agé de 22 ans.

Diagnostic de sortie : Ulcère perforé du pylore. Suture. Appendicectomie. Convocations 1 mois et 15 jours.

Diagnostic d'entrée : Contracture abdominale généralisée d'apparition subite ce matin. Allégation de douleurs gastriques depuis 15 jours. Douleurs à la palpation de la fosse iliaque droite. Température 37°1, pouls 80. En observation.

Pas d'antécédents gastriques nets. Cependant, depuis une quinzaine de jours, quelques douleurs vagues dans la région épigastrique survenant 2 à 3 heures après les repas.

La veille de l'entrée dans le service, douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite et au niveau de la région épigastrique à droite. Nausées, pas de vomissements.

Examen à l'entrée : Malade calme. Facies un peu vultueux. Souffre spontanément au niveau de la fosse iliaque droite et au niveau de la région épigastrique. A la palpation, contracture généralisée; douleurs à la pression au niveau de la fosse iliaque droite et de la région épigastrique à droite. Par ailleurs, examen négatif, rien au point de vue pulmonaire en particulier. Pouls 80, température 38°. On décide de mettre le malade en observation pendant quelque temps. Glace sur le ventre.

Revu 2 heures après : Disparition des douleurs spontanées, mais persistance des signes physiques. On décide l'intervention.

Pr. GIRAUD. Dr SURMELY. Dr SORERY.

Anesthésie générale. Incision de Mac Burney. Diminution

musculaire. Dans le ventre, pus séreux inodore. L'appendice que l'on découvre est sain. Appendicectomie. Fermeture de la paroi plan par plan.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On découvre facilement une perforation siégeant sur la face antérieure du pylore, versant gastrique, très petite (diamètre d'une lentille), d'où sort un liquide séreux. **Il s'agit vraisemblablement d'une perforation bouchée.** Fermeture en bourse de la perforation au catgut, 2 surjets séreux pour obturer. On complète en suturant une portion épiploïque à ce niveau. Fermeture de la paroi en un seul plan aux fils de bronze.

Cicatrisation normale. Ne souffre plus. Bonne paroi. Sort le 13 mai 1939.

**Obs. II. — Pr GIRAUD, Val-de-Grâce.**

C... Jean, G. R. M. Entré le 3 juin 1938, sorti le 25 juin 1938.

Diagnostic d'entrée : Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ayant débuté hier soir, à 22 heures. S'est présenté seulement ce matin à la visite. Température 38°, pouls 74. Contracture marquée dans la fosse iliaque droite et surtout dans la région sous hépatique. Langue saburrale. Dernière selle dans la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 juin. Un vomissement d'eau à 22 heures, hier soir.

Arrivée du malade dans le service le 3 juin 1938 à 11 heures. Début des accidents la veille à 22 heures. Pas d'antécédents gastriques notables, seulement quelques « aigreurs » il y a 6-7 mois, traitées et calmées par les alcalins. Hier soir, à 22 heures, au cours de son service, coup de poignard dans l'hypocondre droit avec irradiations dans l'épaule droite. Un vomissement aqueux. Absorption d'une infusion. Arrêt des matières et des gaz depuis hier soir.

A l'entrée : température 38°, pouls 80. Excellent faciès. L'abdomen respire mal, surtout dans la moitié sus-ombilicale. Contracture très nettement localisée à la région sous-hépatique, douloureuse à la pression. T. A. 15-7,5.

A 11 h. 30, intervention (Pr GIRAUD, Dr ANTHOINE, Dr COUSTY). Anesthésie générale (Balsoforme).

1<sup>o</sup> Incision de Mac Burney : appendicectomie. Liquide gastrique séro-purulent.

2<sup>o</sup> Incision médiane sus-ombilicale. Exploration : découverte d'une perforation d'un gros ulcère avec zone importante d'œdème de voisinage située à la partie supérieure du versant duodénal du pylore. Peu de liquide dans l'abdomen. Enfouissement en deux plans. Plastie épiploïque. Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze. Sort le 24 juin 1938 par guérison, avec le diagnostic : Séquelles d'ulcus duodéno-pylorique. Doit suivre un traitement médical et régime. Rejoint son corps.

**Obs. III.** — Le même. Entré le 27 octobre 1938.

Diagnostic d'entrée : Séquelles d'ulcus duodéno-pylorique. Opéré le 3 juin 1938. Troubles gastriques constants. Asthénie.

Depuis sa sortie de l'hôpital (25 juin 1938), présente des douleurs rythmées.

1<sup>o</sup> Dans la journée : douleurs post-prandiales semi-tardives (3 heures après les repas), principalement après le repas du soir (4-5 jours).

2<sup>o</sup> Dans le mois : alternatives de périodes douloureuses et de non douloureuses (3 jours). Ces douleurs siègent dans la région sus-ombilicale médiane et quelquefois droite ou gauche. Elles ont le type de brûlures. Elles ne sont pas calmées par les aliments ou les alcalins et cessent spontanément.

Par ailleurs, tendance à la diarrhée. Pas de vomissements. Des renvois et, le matin, pyrosis et pituite acide matutinale. Etat général bon, mais n'a pas repris les 10 kgr. perdus au moment de l'intervention.

Examen : on constate que les cicatrices du 3 juin sont roses, indolentes, souples, et que la paroi sous-jacente est solide. Paroi souple. La douleur provoquée existe fixe en un seul point très localisé : 1 cm. au-dessus et à droite de l'ombilic. On ne perçoit rien dans la profondeur.

Radio, tubage, selles. Examens ci-joints.

Essai de traitement belladonné. Amélioration.

Sort le 15 novembre 1938 avec régime anti-acide. Traitement belladonné. Carbonate, bismuth.

Radio : Déformation importante du bulbe qui paraît en grande partie due à des tractus adhérentiels cravatant sa grande courbure. Possibilité de lésion intrinsèque actuelle sans qu'il soit

possible de l'affirmer de façon certaine. Transit sensiblement normal.

| Tubage                       | Avant<br>histamine | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> |
|------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| Acidité libre en HCl ‰.....  | 0                  | 1,75     | 1,89     | 0        | 0        |
| Acidité totale en HCl ‰..... | 0,98               | 2,51     | 2,33     | 2,99     | 0,36     |
| Acidité combinée en HCl ‰.   | »                  | 0,75     | 0,44     | »        | »        |

Selles. Sang négatif.

**Obs. III.** — P<sup>r</sup> GIRAUD, Val-de-Grâce.

B... Robert. Interné civil anglais. Entré le 22 août 1941, sorti le 7 septembre 1941.

Diagnostic d'entrée : Ulcère pylorique perforé. Dans ses antécédents : ulcus duodénal probable. A présenté, dans la nuit du 21 au 22 août 1941, une douleur en coup de poignard dans la région de l'hypocondre droit avec irradiation vers l'épaule droite. Agitation. Pas de vomissement.

Vu 12 heures après ce drame abdominal. N'a pas vomi, n'a émis ni gaz, ni matières. Les douleurs subsistent, mais sont moindres qu'au début. Contracture très accusée de l'hypocondre droit, mais uniquement dans cette région, le reste de l'abdomen restant souple. Hyperesthésie dans cette région ; **diagnostic : ulcère perforé bouché.**

Indication opératoire d'urgence est posée.

Intervention à la 12<sup>e</sup> heure. P<sup>r</sup> GIRAUD. Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Peu de liquide intra-péritonéal, mais une zone de fausses membranes est aperçue en soulevant la face inférieure du foie en même temps que se produit un sifflement caractéristique et un petit écoulement de liquide gastrique. La perforation est aisément vue ; elle siège sur la petite courbure dans la région prépylorique ; elle a le diamètre d'une grosse lentille. Induration importante et étendue tout autour.

Suture en bourse de la perforation enfouie par deux surjets au fil de lin et épiplooplastie.

Suture pariétale en trois plans sans drainage.

Crins et agrafes cutanés.

Sutures opératoires tout à fait normales à part une très légère suppuration superficielle à la partie haute de l'incision.

Le 10 septembre, le malade présente des vomissements abondants caractéristiques d'une sténose du pylore. Ceux-ci persistant, une intervention complémentaire est décidée.

Intervention le 15 septembre 1941, Dr GIRAUD. Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique. Anesthésie générale au Schleich.

Excision de la cicatrice opératoire au niveau de la région épigastrique.

Des adhérences unissent plusieurs franges épiploïques à la paroi et en particulier le côlon transverse qui doit être clivé du péritoine pariétal antérieur. Au cours de ces manœuvres, une éraillure de la séro-muscleuse du côlon transverse est produite ; elle est immédiatement réparée par une suture séro-muscleuse avec épiplooplastie par-dessus.

La face inférieure du foie est adhérente au bord supérieur du pylore où siégeait la perforation : ces adhérences sont respectées.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique par suture au catgut et au fil de lin selon la technique habituelle et classique. L'anastomose faite dans l'étage sus-mésocolique est passée dans l'étage sous-mésocolique, et l'estomac sus-jacent à cette anastomose est fixé au mésocôlon transverse par plusieurs points séparés au catgut.

Fermeture de la paroi en 2 plans, suture cutanée aux agrafes.

**Soins post-opératoires habituels.**

Suites opératoires d'abord très banales, mais une suppuration pariétale dans les jours suivants amène une désunion partielle de la cicatrice qui est posée à plat : une éventration en résulte.

Fin novembre : présente de nouvelles douleurs survenant 1 heure après les repas et parfois aussitôt après, comparées par le malade à un ballonnement et sensation de passage difficile des aliments.

Un traitement diathermique a été entrepris afin de combattre ces troubles, dus sans doute aux adhérences du carrefour sous-hépatique constatées au moment de la 2<sup>e</sup> intervention. Ces douleurs d'abord espacées, sont, malgré ce traitement, devenues de plus en plus fréquentes, à tel point qu'en avril 1942, elles se

produisent tous les jours après les repas, principalement le soir. Il semble au malade que ces douleurs n'existant pas à jeun disparaissent dès que la digestion est terminée ; elles sont comparées à des pesanteurs, mais non plus à des brûlures.

Pas de vomissement. Pas de sang dans les selles.

Amaigrissement de 7 kgr. en 6 mois.

Avril 1942. — A l'examen, état général déficient.

La paroi abdominale présente une éventration au niveau de la cicatrice opératoire. Clapotement très important et pour ainsi dire constamment perçu par le malade. Pas de point douloureux net, mais la pression au niveau de la région sous-hépatique détermine une douleur que le malade situe à gauche de la ligne médiane au niveau de la bouche anastomotique.

Radio le 21 mars 1942.

G. E. A. haut située au bas fond gastrique. Passages réguliers efficaces. Image résiduelle au niveau de la bouche de type fructiforme avec irradiations stellaires. Passages amorcés par le bulbe tardivement observés.

Evacuation gastrique normale.

Pas de douleurs nettement électives. Ulcus peptique.

Intervention le 28 avril 1942 (Pr. GIRAUD).

Gastrectomie après degastro-entéro-anastomose. Anesthésie générale au Schleich après injection de Nargénol.

Excision de la cicatrice épigastrique. A l'ouverture du péritoine, on trouve de nombreuses adhérences fixant au péritoine pariétal antérieur la face antérieure du foie, de l'estomac et du côlon transverse, ainsi que l'épiploon. Ces adhérences assez grêles sont facilement détruites par section. On libère également la région pyloro-duodénale de la face supérieure du foie ; on peut ainsi isoler la face antérieure de l'estomac. L'accès à l'étage sous-mésocolique est assez aisé. On peut palper la bouche de G. E. La paroi antérieure de celle-ci est très souple, mais il existe une zone très indurée en arrière et à droite où le mésocôlon transverse et le mésentère, très infiltrés, sont adhérents. Un ulcus peptique est reconnu à ces symptômes et on décide de faire une gastrectomie large.

1° Dégastro-entérostomie : libération facile de la bouche anastomotique en arrière et à droite où siège l'ulcère. La branche

afférente de l'anse anastomosée est adhérente à la face inférieure du mésocôlon ; elle en est assez facilement séparée après section de l'anse afférente et de son mésentère. Anastomose des deux bouts intestinaux par entérostomie termino-terminale à la suture (2 plans).

2° La bouche de gastro-entérostomie, complètement isolée du mésocolon transverse, est amenée dans l'étage sus-mésocolique. Section de l'estomac en amont de la bouche anastomotique, à l'union du 1/3 proximal et des 2/3 distaux de l'estomac. Fermeture de la bouche gastrique en 3 plans dont un plan séro-séreux d'enfouissement au fil de lin.

G. E. postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay selon le procédé de Billroth II. Fixation de la portion gastrique de cette bouche au mésocôlon transverse. Continuation de la gastrectomie de gauche à droite par libération progressive de l'estomac jusqu'au pylore et jusqu'à ce que la zone où siégeait l'ulcère primitivement perforé soit dépassée. Section du duodénum en avant de cette zone, un peu à droite du pylore, qui paraît très rétréci. Fermeture soigneuse par 3 surjets du duodénum. Mèche au contact de la suture duodénale.

Fermeture de la paroi abdominale en un plan aux fils de bronze et agrafes cutanées.

A l'ouverture de la pièce opératoire, on trouve un énorme ulcère peptique situé sur la face postérieure du versant intestinal de la bouche anastomotique, à droite de la ligne médiane, donc sur l'anse afférente du jéjunum.

Près du pylore, en amont de lui, on trouve la zone où existait l'ulcère qui s'est perforé en août 1941. Le fil de lin qui a servi à son enfouissement est retrouvé dans la lumière gastrique.

**Obs. IV. — B... Marcel, 2<sup>e</sup> cl. Sap. Pomp. (P<sup>r</sup> GIRAUD).**

Entré le 26 mars 1942.

Diagnostic d'entrée : douleur épigastrique violente apparue brutalement ce matin, vers 9 heures, chez un sujet présentant depuis 1 mois environ des douleurs digestives. Défense généralisée de la paroi. Pas de vomissements. Température à 38°. Pouls 74.

Histoire de la maladie :

Aux environs de 9 heures du matin du 26 mars 1942, douleurs épigastriques violentes ayant coupé le malade en deux, survenue assez brusquement, calmée dans la nuit. Pas de vomissements. Ni gaz ni matières depuis.

Vu dans le Service à la 8<sup>e</sup> heure. Bon état général. Facies vultueux. Abdomen assez dépressible, sauf au niveau de l'hypocondre droit, où il existe une contracture de bois contrastant fortement avec le reste de l'abdomen relativement souple. Point douloureux net à la palpation de la région duodéno-pyloro-pancréatique. Sonorité préhépatique nette. Température 38°4. Pouls 80.

En présence de ce tableau clinique, **on porte le diagnostic d'ulcère perforé bouché de la région pylorique** et on décide d'intervenir immédiatement.

Intervention d'urgence à la 8<sup>e</sup> heure. Anesthésie générale au Schleich (très mauvaise).

Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, s'échappent des gaz sous pression en produisant un sifflement, puis du liquide verdâtre en assez grande abondance. Celui-ci s'écoule avec plus de force dès qu'on attire l'estomac et soulève le foie.

Une perforation du diamètre d'une lentille, entourée d'une zone indurée, existe à la partie haute de la face antérieure du versant gastrique du pylore. La face inférieure du foie porte la trace de la perforation et de l'ulcère : une zone de même diamètre que la perforation est dépolie et autour existe une zone blanchâtre répondant à la zone indurée de l'estomac. Présence de fausses membranes au niveau du carrefour sous-hépatique.

Essai d'enfouissement au fil de lin de la perforation en appuyant le fil à 1 cm. environ de celle-ci, mais les tissus coupent. Un surjet total au fil de lin est alors fait, enfoui sous 2 autres surjets séro-séreux parallèlement au grand axe du pylore. La topographie de l'ulcère ne permet pas de faire les sutures perpendiculaires à l'axe du canal pylorique. Epiplooplastie soigneuse par-dessous ces différents surjets. L'oblitération de la perforation paraît être très étanche.

Le canal pylorique semble être rétréci. On décide une gastro-

entérostomie. Celle-ci est pratiquée à la suture selon le procédé habituel vertical du pylore.

Fermeture de la paroi abdominale en un plan au fil de bronze, plus agrafes cutanées. Drainage.

Pendant toute l'intervention, le malade a fortement poussé.

Glace sur l'abdomen. Sérum physiologique sous-cutané.

Le lendemain, abondants vomissements verdâtres traités par lavages d'estomac.

Suites opératoires normales, sans aucun incident. Le malade sort de l'hôpital guéri sans douleurs ni troubles fonctionnels.

Obs. V. — V... Benjamin, G. R. M.

Entré le 18 septembre 1941, à 20 h. 30.

Diagnostic d'entrée : ulcus gastrique ancien. Crise douloureuse violente survenue à 15 heures.

Malade vu 3 h. 1/2 après le drame abdominal. A présenté depuis 10 ans plusieurs crises gastriques douloureuses du type ulcéreux (ulcère vraisemblablement pyloro-duodénal). Était en crise depuis quelques jours, à tel point qu'il devait être radiographié et que le rendez-vous avait été pris pour le 20 septembre 1941. Dans la journée du 18 septembre 1941, a ressenti une vive douleur épigastrique s'irradiant à tout l'abdomen et en particulier dans la fosse iliaque droite : pas de vomissement, ni gaz, ni matières. Les douleurs se sont progressivement calmées, à tel point que le malade, au moment où nous l'examinons, n'attire pas notre attention sur elles et ne se doute pas qu'une intervention doit être pratiquée d'urgence.

En effet, l'examen reproduit l'impression que nous avait donnée l'histoire clinique que le sujet semble déjà avoir oubliée dans ses détails.

A l'examen, le ventre se défend dans son ensemble, mais particulièrement dans la partie droite de l'étage sus-mésocolique où existe une contracture plus nette, sans être très franche. Le muscle grand droit du côté droit résiste sur toute sa hauteur, surtout dans sa partie haute, où il présente une tuméfaction arrondie.

Pas de vomissement. Arrêt des gaz et des matières. Léger tympanisme préhépatique. Température 37°8. Pouls 85.

### Diagnostic préopératoire :

L'intervention d'urgence est décidée, mais le malade souffrant beaucoup moins qu'au début la refuse tout d'abord. On surseoit à cette intervention pendant 1 heure sous le couvert de la glace, comptant qu'au bout de ce temps le sujet acceptera l'opération si la sensibilité de l'hypocondre droit persiste. Au bout d'une heure, même aspect clinique. Suivant nos conseils, le malade consent à se laisser opérer, mais ne paraît pas très convaincu de l'utilité et de l'urgence de l'opération.

Intervention le 18-9-1941, à la 8<sup>e</sup> heure de la perforation (Pr. GIRAUD-SUNKOW). Anesthésie générale au Schleich.

1<sup>o</sup> Incision d'appendicectomie, plutôt pour vérifier le contenu péritonéal que dans l'éventualité d'une appendicectomie à laquelle nous ne croyons guère. Technique habituelle de Mac BURNEY.

A l'ouverture du péritoine, on trouve un liquide louche sans odeur, en petite quantité. Appendicectomie sans enfouissement. Appendice un peu congestionné, comme le sont les anses grêles aperçues, mais ne paraissant pas être pathologique.

Fermeture de la paroi en quatre plans.

2<sup>o</sup> Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, peu de liquide s'écoule hors de la cavité. Colon transverse très dilaté remontant en avant et au dessus de l'estomac. Présence de fausses membranes au niveau de la région pylorique, conduisant sur une perforation du diamètre d'une petite lentille, située au niveau de la partie inférieure de la face antérieure du pylore, située au centre d'une zone très indurée. Le bord inférieur du foie venait s'appliquer sur cette perforation et l'oblitérer.

Enfouissement en bourse de la perforation ; par dessus, on pratique 2 surjets au fil de lin, plus une petite épiplooplastie.

Le pylore ne paraît pas être particulièrement rétréci, on ne pratique pas de G. E.

Fermeture soigneuse de la paroi en 3 plans. Agrafes cutanées.

Suites opératoires : tout à fait normales. Ablation des agrafes le 7<sup>e</sup> jour, après un lever précocé (le 4<sup>e</sup> jour). Une dizaine de jours après l'opération, le malade a des digestions quelque peu pénibles, calmées par la belladone.

Etat général excellent.

Revu 3 mois après, le 16 décembre 1941, à l'occasion d'une réhospitalisation pour cure chirurgicale d'une hernie de faiblesse droite paraissant avoir été consécutive à l'incision d'appendicectomie.

L'état général est splendide. Le malade a repris son poids normal et ne se plaint plus de l'estomac. A continué à suivre un régime alimentaire à base de légumes et de fruits.

Radiographie, le 9 octobre 1941 : Estomac hypotonique. Abaissé. Remplissage normal. Intégrité pariétale. Antre normalement distendu. Région bulbaire étirée, à contours frangés. Passages duodénaux réguliers. Evacuation gastrique normale. Périviscérite post-opératoire.

Obs. VI. — Pr. GIRAUD, Val-de-Grâce.

D... René, maréchal des logis chef. Gendarme.

Entré le 19 janvier 1942.

Diagnostic d'entrée : Ulcère du bulbe confirmé radiologiquement au Val-de-Grâce, en avril 1941, évoluant depuis janvier 1941.

Vomissements tardifs nocturnes.

Douleurs tardives accusées depuis une semaine. Asthénie. Souffre de l'estomac depuis 8 ans, avec des accalmies durant parfois 6 mois.

La douleur naissait quatre à cinq heures après les deux repas. L'ingestion d'un aliment quelconque calmait immédiatement la douleur qui reprenait vers minuit pour durer 2 à 3 heures. Douleur à sensation de brûlure au niveau de l'épigastre, irradiant parfois vers le flanc droit.

Traitements médicaux : bismuth, belladone, Laristine Roche. Plusieurs clichés furent faits, mais ne révélaient rien de pathologique jusqu'en février 1942 où l'ulcus a été confirmé radiologiquement.

Aigreurs fréquentes. Vomissements acides depuis un an, survenant 4 à 5 heures après les repas, vomissements très liquides calmant la douleur. Pas d'hématémèse. Selles noires parfois ; mais en 1938 la recherche du sang a été négative.

Radioscopie le 4 février 1942. Pas de liquide de stase. Rem-

plissage normal. Contours des faces et des bords nets et souples. Mobilité tant spontanée que provoquée bonne. Motilité faible. Aucun point douloureux sur l'aire gastrique. Spasme pylorique net rendant l'évacuation lente et irrégulière. En décubitus, hyperesthésie ; contractions énergiques venant échouer sur le spasme pylorique. Antre dilaté. Evacuation lente, duodénum invasé avec dilatation de l'antre. Bulbe mal visible, mais présentant après évacuation une image stellaire et lors du remplissage une image aréolaire permettant de suspecter un ulcus persistant.

Intervention le 17 février 1942. — Pr. GIRAUD.

Anesthésie générale au Schleich après injection de Nargenol. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est dilaté. Au niveau de la portion duodénale du pylore, on trouve une zone indurée suspecte. Avec une cicatrice légèrement rétractile siégeant sur le bord supérieur du pylore. Ouverture de l'arrière-cavité des épiploons par effondrement du ligament gastro-colic. La face postérieure du pylore est très indurée et adhérente par de nombreux tractus à la face antérieure du pancréas (ulcère perforé bouché). Libération des adhérences. Au cours de ces manœuvres, l'ulcère se débouche. Obturation rapide de celui-ci par une compresse fixée par une pince en cœur. On peut poursuivre la libération de la 1<sup>re</sup> portion du duodénum, mais la section de ce duodénum devra passer au milieu de la zone ulcérée. Fermeture du duodénum par 2 bourses totales plus une bourse séro-séreuse et une épiplooplastie. Section de l'estomac à l'union de sa portion horizontale et de sa portion verticale. Fermeture de la branche gastrique en 3 plans. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique par bouton de Jaboulay à la façon de Billroth II. Une petite mèche est mise dans la région duodénale. Fermeture de la paroi abdominale en 4 plans. Agrafes cutanées.

Ablation de la mèche. Le 8<sup>e</sup> jour, on commence à la tirer et on termine de l'enlever le 12<sup>e</sup> jour. Vers le 15<sup>e</sup> jour, apparaît un petit abcès pariétal. La plaie qui en résulte se forme par 2<sup>e</sup> intention. Pas de fistule duodénale.

L'état général reprend très rapidement.

Revu 2 mois après la gastrectomie est en splendide état. Ne souffre plus de l'estomac, excellent résultat.

*Examen :*

Antécédents : o.

Beaucoup d'aérophagie.

Douleur ou sensation de pesanteur irradiant vers les omoplates.

Pas de vomissement.

Selles normales aux dires du malade.

Radio le 15 octobre 1941.

Scopie : estomac : pas de liquide de stase. Remplissage normal. Contours des bords, des faces nets et souples.

Mobilité tant spontanée que provoquée bonne ; motilité normale. Aucun point douloureux de l'aire gastrique, vague sensibilité péri-ombilicale, sans correspondance sur l'image gastrique, évacuation à plein calibre.

Graphie : le bulbe, difficile à dégager, est mal visible. Toutefois, les replis muqueux semblent normaux. Pas d'excentration pylorique. Pas d'image suspecte évidente permettant de localiser actuellement une lésion gastro-duodénale. Périviscérite.

Intervention le 6 décembre 1941 (P<sup>r</sup>. GIRAUD).

Anesthésie locale à la novocaïne (1/200) après injections de Phlébafine (2 cm<sup>3</sup> 1h. 1/2 + 1/2 cm<sup>3</sup> 1/2 heure avant l'opération). Bonne anesthésie.

Laparotomie médiane sus-ombilicale ; à l'ouverture de l'abdomen, on trouve un estomac de faibles dimensions présentant, à la partie basse de la petite courbure, une houppe épiploïque adhérente au niveau d'une zone indurée, cicatrice d'ulcère ancien presque probable d'un ulcère perforé bouché. L'estomac est libre par ailleurs sans autre adhérence. Absence de ganglions perceptibles sur les petites et grandes courbures. Foie normal. Gastro-pylorectomie pratiquée (BILLROTH II), suturée classiquement.

Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze, agrafes cutanées.

Réactions négatives.

**Obs. VIII.** — P<sup>r</sup>. GIRAUD. Val-de-Grâce.

C... Henri, 431<sup>e</sup> Pionniers, Mle 507. Agé de 39 ans.

Arrivé au Val-de-Grâce le 20 juin 1942.

Diagnostic d'entrée : gastro-entérite.

Radio le 17 juin 1942.

Estomac : liquide de stase abondant. Estomac fortement dilaté et ptosé se remplissant en chute de neige. Bas-fond tombant à environ 7 travers de doigt sous les crêtes iliaques et présentant des encoches spasmodiques s'effaçant en cours d'examen. Contours nets, souples et bien mobiles. Mobilité tant spontanée que provoquée presque nulle. Motilité faible. Sténose pylorique nette. En décubitus, les contractions sont très énergiques, mais non suivies d'évacuation. Antre très dilaté. Aspect tigré de l'antre avec image aréolaire du pylore qui est nettement excentré. Ulcus sténosant pylorique.

Intervention le 23 juin 1942 (D<sup>r</sup> GIRAUD, D<sup>r</sup> BUTAT).

Anesthésie locale à la novocaïne (150 cc.) après injection de 2 ampoules de Phlébafine dans les trois heures qui ont précédé l'intervention.

Incision médiane sus-ombilicale. Estomac de grandes dimensions, très facilement mobilisable et d'aspect normal au niveau de ses flancs et de ses bords, quoique avec une longue adhérence filiforme unissant la face antérieure de l'estomac au lobe gauche du foie. Elle est réséquée.

Au niveau du pylore, on sent une importante induration de la taille d'un gros œuf de pigeon, intimement adhérente à la vésicule biliaire. Celle-ci apparaît framboisée avec des parois épaisses membraneuses et qui ne sont plus transparentes. On amorce la libération de la vésicule, mais craignant que le malade ne supporte le temps d'une gastrectomie inévitable, on abandonne cette libération pour s'en tenir à une gastro-entéro-anastomose qui permettra au malade de se réalimenter et de reprendre un meilleur état général en vue d'une gastrectomie ultérieure.

Pas de ganglions perceptibles au niveau des grandes et petites courbures. On est donc conduit à penser au diagnostic d'ulcus perforé bouché avec grosses réactions périphériques. Celles-ci nous commanderont la gastrectomie ultérieure par crainte de dégénérescence. Le foie est normal.

Ouverture de l'arrière-cavité des épiploons par effondrement du ligament gastro-colique.

G. E. A. en deux places. On fait quelques points d'enfouissement supplémentaires au niveau de la moitié et de l'angle inférieur de la bouche.

On a fait une gastro à anse courte.

La bouche est abaissée dans l'étage sus-mésocolique et l'estomac est amarré par 4 points à la brèche mésocolique. Fermeture de l'arrière-cavité des épiploons.

Fermeture de la paroi en 3 plans : plans profond à la soie, plan de recouvrement au catgut ; peau, agrafes.

**Obs IX.** — **Pr GIRAUD**, Val-de-Grâce.

A... Jean, adjudant de gendarmerie.

Entré le 4 mai 1934. Sorti le 20 juillet 1934.

Diagnostic de sortie : ulcère perforé du duodénum.

Diagnostic d'entrée : Appendicite : crise datant de 2 mois. Dans la nuit du 2 au 3 mai, douleurs violentes, nausées, température 38°. Actuellement, constipation, douleurs diffuses, empiètement de la paroi droite. Température 39°. Pouls 96.

Nous ne donnerons ici que le compte rendu opératoire. Mentionnons que ce malade pour lequel le diagnostic d'ulcère perforé bouché ne fut pas établi, présentait nettement les signes précédemment décrits.

Intervention d'urgence dès son arrivée à l'hôpital, à la 40<sup>e</sup> heure après le début (Pr BONNET, Dr GIRAUD).

Anesthésie générale au balsoforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale complétée par un débridement transversal à droite. A l'ouverture du péritoine, on perçoit un sifflement semblant partir de la région sous-hépatique, puis du liquide jaune noirâtre et un véritable bouillonnement venant du versant duodénal du pylore. La vésicule biliaire paraît augmentée de volume. L'angle colique droit est recouvert de fausses membranes. Une perforation d'ulcère de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50 apparaît enfin au niveau de la face antéro-inférieure du bulbe duodénal, au centre d'une zone cartonnée.

Fermeture de la perforation au fil de lin passé à distance des

lèvres de la perforation et suture de la vésicule biliaire qui vient normalement s'y appliquer.

Epiplooplastie soigneuse au-devant de la suture. Mèche au contact de l'épiplooplastie. Drain dans l'étage sous-hépatique en avant du petit épiploon. Isolement de l'étage sus-mésocolique par suture de l'épiploon au péritoine pariétal. On ne pratique pas de gastro-entérostomie, le calibre du bulbe ne paraissant pas très réduit.

Fermeture de la paroi aux fils de bronze. Agrafes cutanées ; glace sur l'abdomen.

Le malade sort le 20 juillet 1934 en bon état général.

Il fut revu le 24 octobre 1934 pour une radiographie au Foriod de la vésicule biliaire qui révéla son bon fonctionnement.

En octobre 1936, deux ans après, le malade entre à nouveau pour périviscérite consécutive à l'opération d'ulcus. Il avait un syndrome discret d'occlusion intestinale. La radiologie note la périviscérite.

Il sort le 11 novembre 1936 en bonne santé. Depuis ce temps, il n'a jamais été revu.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Considérées longtemps comme assez rares, ces perforations bouchées furent sans doute méconnues et confondues avec la perforation en péritoine libre, ou avec d'autres affections causant aussi un drame abdominal.

II. — Dans le cas dit « d'urgence », le diagnostic nous semble facilité par la recherche de la contracture localisée à l'hypocondre droit et le récit de la douleur en tenant compte d'un passé gastrique plus ou moins douloureux. La régression rapide des signes cliniques. Le pneumo-péritoine.

III. — Dans le cas « latent », l'interrogatoire qui révèle l'ulcère gastro-duodénal, la douleur survenue une fois, puis qui disparut. La recherche du pneumo-péritoine si la perforation n'est pas trop ancienne.

IV. — Leur thérapeutique : l'intervention précoce, qu'il faut conseiller et appliquer dans tous les cas.

Vu : le Président de thèse,  
M. CADENAT.

Vu : le Doyen,  
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
G. GIDEL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AIGROT. — De l'obturation spontanée de certaines perforations d'estomac en péritoine libre. *Presse méd.*, 8 janvier 1927.
- AMOROSI. — Double ulcère gastrique avec double perforation chronique dans le pancréas et la paroi abdominale antérieure. *La Clinica chirurgica*. Milan, sept. 1931.
- AYERZA. — Pneumopéritoine spontané. *Semana Medica*, t. XXXIV, 1927, p. 1657.
- BARKER. — *Brit. Méd. J.*, p. 1265, 1899; *Zentbl. f. chir.*, p. 333, 1901.
- BARTZ. — Au sujet des perforations couvertes des ulcères gastriques. *Zentbl. f. chir.*, 1912.
- BARTHÈS. — Thèse de Paris, 1933.
- BAUDET. — Soc. Nat. chir., Paris, 10 janvier 1923.
- BÉGOUIN. — *Journ. méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1927.
- BERGARÈCHE. — *Revista de cirurgia* (Buenos-Aires), avril 1925.
- BÉRARD. — Soc. chir., Lyon, 30 mars 1922.
- BERTEL-BAGER. — *Acta. chir. Scand.*, 1928.
- BOLENS. — *Rev. méd. suisse romande*, nov. 1924.
- BONDI. — Discussion de l'article de Finsterer sur les perforations couvertes des ulcères duodénaux. *Wiener Medz. Woch.*, t. 59, p. 2163, 1919.
- BOURDE. — Soc. chir. Marseille, 21 nov. 1927.
- BREITKOPF. — Guérison spontanée de l'ulcus duodénal perforé en péritoine libre. *Zentbl. f. chir.*, 1931, t. III, 14 nov.
- BROHÉE. — Soc. Belge de gastro-entérologie, 28 nov. 1931.
- BRUNNER. — Perforation aiguë de l'ulcère de la petite courbure du duodénum. *Müncherer mediz. Woch.*, n° 3, p. 71, 1922.

- CHATON. — Soc. Nat. de chir. de Paris, 10 janvier 1923.
- COLMER. — Perforation couverte d'un ulcère gastrique après exploration radioscopique. Traitement conservateur par la jéjunostomie. *Deuts. Zeitsch. f. chir.*, t. 215, fasc. 3-5, mars 1929.
- COPHER et GLOVER (H.). — Démonstration radiographique d'un pneumopéritoine spontané ; un moyen d'aider au diagnostic des perforations des ulcères digestifs. *Jour. of the am. med. ass.*, p. 781, mars 1924.
- COTTE. — Soc. chir. Lyon, 6 janv. 1921.
- CUENDET. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1925.
- CUNÉO. — Soc. nat. de chir., 15 juin 1932.
- DAHM. — Pneumopéritoine spontané par perforation d'un ulcère au niveau de la grande courbure. *Mediz. clin.*, 1922, p. 562.
- DANDY. — Pneumopéritoine ; Méthode pour déceler les perforations gastriques et intestinales. *Ann. of. Surg.*, sept. 1919, p. 378.
- DELAGENIÈRE. — Congrès français de chir., 1920.
- DESMAREST. — De la valeur diagnostique des douleurs thoraciques dans les ulcères perforés du duodénum. *Presse méd.*, 25 sept. 1926.
- DURST. — Au sujet des perforations minuscules du duodénum. *Deutsch Zeitsch. f. chir.*, p. 189, nov. 1930.
- FALTA. — *Wiener. Mediz. Woch.*, t. LXIX, p. 2.164, 1919.
- FAURE (J.-L.). — La douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac. *Sem. méd.*, 23 janv. 1901.
- FERNICOLA. — Traitement chirurgical des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Presse méd.*, Argentine, 30 mars 1928.
- FINSTERER. — *Wiener Klin. Woch.*, t. XXVIII, p. 1240, 1915 ; *id.*, 1918, n° 24.
- FINSTERER. — *Wiener Medz. Woch.*, t. LXXI, p. 305, 1921.
- GALLY et BERNARD. — Ulcère duodénal perforé avec abcès sous-hépatique et pénétration de la gélobarine dans la poche de celui-ci. *Bull. et mém. de la Soc. de radio. méd. de France*, 8 avril 1930.

- GIBSON. — Perforations aiguës de l'estomac et du duodénum.  
*The Journ. of the Med. Assoc.*, 6 oct. 1928.
- GRÉGOIRE. — Soc. de chirurgie de Paris, 12 juillet 1922.
- GROSS (F.) et (G.). — *Rev. de chirurgie*, p. 137, 1904.
- GRUNFELD. — Thèse de Paris, 1932.
- GUIBAL. — Soc. Nat. chir. Paris, 12 février 1930.
- GUUNBELOT. — Soc. Nat. chir. Paris, 19 février 1930.
- GUINARD. — Douzième Congrès français de chirurgie, p. 320, 1898 (obs. 135).
- HAMANT. — Quelques cas de perforations d'ulcères gastriques et duodénaux. *Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1927.
- HARTMANN. — Soc. Nat. de chirurgie de Paris, p. 222, 1896.
- HUSTIN. — A propos des perforations couvertes de l'estomac. *Journal méd. de Bruxelles*, p. 261, 1913.
- JUDINE. — Nouvelles séries d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Journal de chirurgie*, p. 159, août 1931.
- KIEFFER. — *Münich. Med. Woch.*, p. 837, 1900.
- KRIEGE. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1892.
- KUDLECK. — Diagnostic des ulcères gastriques perforés. *Zentrbl. f. chir.*, p. 1293, n° 21, 1929.
- LAGOUTTE. — Ulcère duodénal perforé; guérison spontanée. Soc. Nat. de chirurgie. Paris, 27 avril 1921.
- LAURET. — Thèse Paris, 1921.
- LAURET. — Soc. des chir. de Paris, 13 juin 1925.
- LEE (W. E.) et WELLS (J. R.). — Perforation *in utero* de l'ulcère gastrique. *Ann. of Surg.*, juillet 1923.
- MARTIN. — Perforations subaiguës des ulcères duodénaux. *Ann. of surg.*, t. XV, p. 773, 1915.
- MEYER et BRAMS. — Etude 62 cas de perforations aiguës d'ulcères gastriques et duodénaux. *The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, avril 1926.
- MOIROUD. — Soc. de Chir. de Marseille, 12 mai 1930.
- MONCANY. — Soc. de Chir. de Paris, 4 nov. 1927.
- MONDOR. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 27 nov. 1929.  
— *Id.*, 12 févr. 1930.  
— *Diagnostics urgents. Abdomen.* Masson, 1930.

- Sur le diagnostic des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Bull. Méd.*, 13 déc. 1930.
- MONDOR et LAURET. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Masson, 1923.
- MONDOR et PORCHER. — *Journ. de Chir.*, janvier 1933.
- MONDOR et HOLLIANDER. — Soc. Nat. de Chir. Paris, 15 juin 1932.
- MOUTIER (F.). — Perforations des ulcères gastro-duodénaux ; étude anatomique et pathogénique. *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, oct. 1924.
- MOYNIHAN. — *Ann. of Surg.*, t. I, p. 223, 1907.
- PARISER. — *Deutsch. Med. Woch.*, p. 458, 1895.
- PELISSIER. — Soc. Anatomique. Paris, 25 oct. 1912.
- PÉRIGORD. — Les ulcères pénétrants de l'estomac. Thèse Paris, 1926.
- PERRIN. — Soc. Chir. de Lyon, 9 janv. 1930.
- PICOT. — Soc. Anat. Paris, 30 oct. 1903.
- PIQUAUD. — Les abcès sous-phréniques. *Rev. de Ch. abd.*, p. 156, 1909.
- PLISSON et CLAVELIN. — Soc. de Chir. Paris, 24 nov. 1926.
- ROBSON. — *Brit. Med. Journ.*, p. 257, 1901.
- ROUHIER. — Soc. Chir. de Paris, 12 févr. 1930.
- SAUVÉ. — Les abcès sous-phréniques. *Journ. Med. Franç.*, 1923.
- SCHNITZLER. — Société impérial royale des Méd. de Vienne, 19 janv. 1912. In *Wiener Klin. Woch.*, t. XXV, n° 4, p. 184, 1912.
- XLI<sup>e</sup> Congrès Soc. all. Chir. Berlin, avril 1912.
- *Mediz. Klin.*, t. VIII, p. 938, 1912.
- *Wiener Med. Woch.*, t. LXXIX, p. 987, 1929.
- SCHUCHARDT. — *Arch. f. Klin. Ch.*, 1895.
- SINGER. — La guérison spontanée après perforation d'un ulcère peptique en péritoine libre. *Ach. of international. med.*, p. 926, juin 1930.
- SINGER et VAUGHAN. — Les formes frustes de l'ulcère peptique perforé. S. G. O., p. 10, janv. 1930.
- SONNENFELD. — Radiodiagnostic des perforations d'ulcus. *Klin. Woch.*, t. VIII, p. 1540, 1929.
- STOHR. — Sur la douleur de l'épaule dans les perforations des

ulcères gastro-duodénaux. *Wiener Klin. Woch.*, 12 mars 1925.

STRUTHERS. — *Edinburg Med. Journ.*, t. XII, p. 53, 1914.

VAUGHAN et BRAHMS. — Le diagnostic précoce de la perforation aiguë des ulcères gastro-duodénaux par la radioscopie du pneumo-péritoine spontané. *S. G. O.*, p. 617, 5 nov. 1924.

VAUGHAN et SINGER. — Valeur de la radiologie dans le diagnostic de l'ulcère peptique perforé. *S. G. O.* p. 593, 1929.

VIGYAZO. — Etudes expérimentales sur les perforations des ulcères gastriques. *Arch. f. Klin. chir.*, CXXXIX, p. 204.

WICKBOM. — L'intervention chirurgicale immédiate est-elle toujours nécessaire dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum ? *Acto chir. Scand.*, 1928.

WILLEMER. — Pneumopéritoine sous pression au cours des ulcères gastriques perforés. *Zentral. f. chir.*, 1928.

WINSLOW HALL. — *Brit. Med. Journ.*, 1892.





